（様式第9号）　　法人提出用

県社協受付印

愛媛県民間社会福祉事業従事者退職共済支援事業

基準給与月額（本俸月額）届

社会福祉法人　愛媛県社会福祉協議会会長　様

現在の加入職員について次のとおり報告します。

共済事務担当者

担当者氏名	
TEL	

契約者番号

契約者名

代表者名

施設番号

施設名

対象職員番号	対象職員氏名	前年度本俸月額	変更後本俸月額	前年度職種コード	今年度職種コード	異動コード	配置減の異動先施設番号	継続減の異動先契約者番号	継続減の異動先契約者氏名

【※様式サンプル※】

別途、毎年3月末を目途に次年度の様式作成にかかる案内等を送付・電子申請の受取用フォルダにアップロードします。